TRAVAIL

8

EXTRAIT DES

NNALES DE GYNÉCOLOGIE

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GROSSESSES MULTIPLES

lation d'un accouchement triple observé à la Maternité de Nancy.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GROSSESSES MULTIPLES

RELATION D'UN ACCOUCHEMENT TRIPLE

OBSERVÉ A LA MATERNITÉ DE NANCY

PAR

LE DOCTEUR A. HERRGOTT

Agrégé.

Extrait des Annales de Gynécologie

Numéro de juin 1882.

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-EDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2.

1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES GROSSESSES MULTIPLES

Relation d'un accouchement triple observé à la Maternité de Nancy

---

Les exemples de grossesses triples sont relativement rares ; près Veil on n'en observerait qu'un cas sur 7,910 accouchents ; de plus, ainsi que l'a démontré Puech dans une im-tante monographie sur le sujet qui nous occupe, leur fré-ence ne serait pas la même dans tous les pays; d'après cet eur le rapport entre les grossesses triples et les grossesses iples seraient de 1 · 4054 pour la Russie, 1 : 4995 pour l'Ir-de, 1 : 5442 pour la Norwège, 1 : 6436 pour le Mecklembourg-iwéring, 1 : 6464 pour le Wurtemberg, 1 : 6575 pour le nd-duché de Bade, 1 : 7820 pour la Prusse, et enfin 8256 pour la France. Les grossesses triples seraient donc x fois plus rares en France qu'en Russie.

'observation d'un accouchement trigémellaire constitue c une véritable rareté obstétricale; et, en effet, si nous re-rchons quel est le nombre des grossesses triples observées s les maternités de Strasbourg et de Nancy, nous consta-s qu'en quarante ans il n'y a eu à la Clinique obstétricale Strasbourg que deux accouchements triples, l'un en 1854, tre en 1868. M. Gross, alors interne de M. le professeur tz, en a rapporté les observations dans un travail inséré s la *Gazette médicale* de Strasbourg. Depuis les dix années la clinique d'accouchement est installée à la Maternité de icy on n'avait pas, jusqu'au mois de septembre dernier, en casion d'assister à un accouchement triple. C'est la relation e cas que je viens rapporter ici.

La nommée E... S..., 24 ans, primipare, entre en travail à la maternité de Nancy le 30 septembre 1881.

De taille moyenne, pâle, affaiblie, bien qu'elle prétende n'avoir jamais été malade.

Un fait curieux à rappeler, c'est que la mère d'E... S... aurait eu 13 accouchements, dont un gémellaire. Une de ses cousines aurait eu également un accouchement double. Elle a été réglée abondamment, régulièrement toutes les quatre semaines depuis sa 14e année jusqu'à la fin de janvier 1881, époque à laquelle l'écoulement menstruel, tout en paraissant, avait notablement diminué. Au mois de février elle a encore un peu perdu, et ce n'est qu'en mars que ses règles n'ont plus reparu. Les phénomènes sympathiques ont été assez prononcés; outre des nausées et des vomissements qui ont été fréquents au début de la gravidité, E... S... a eu de la gingivite, du ptyalisme, des alternatives de diarrhée et de constipation. Pendant les derniers mois de sa grossesse, elle a beaucoup maigri, a eu des sueurs profuses, et a souffert d'une céphalalgie frontale très intense qui n'a cessé qu'après l'accouchement.

Lorsque la parturiente fit son entrée à la Maternité, le 30 septembre 1881, à 2 heures du soir, elle était en travail depuis cinq heures; elle avait perdu les eaux en assez grande quantité dès 9 heures du matin, et, malgré cela, son ventre était encore très volumineux.

Par l'auscultation on entend à droite deux *maxima* de bruits fœtaux nettement séparés, l'un au-dessus de l'ombilic, l'autre au-dessous; les battements dans ce dernier foyer sont moins forts que ceux perçus plus haut. A gauche on n'entend rien.

Le palper est assez difficile à pratiquer à cause de la tension excessive des parois abdominales, néanmoins il est possible de délimiter en haut et à droite, une partie fœtale dure, arrondie, mobile, qui ressemble à une tête.

On constate par le toucher que le col est effacé et que l'orifice, dont les bords sont assez épais, présente une dilatation mesurant 3 centimètres de diamètre.

Une deuxième tête plonge dans l'excavation, elle semble être

sez petite, car sa dureté est peu considérable, les sutures et ; fontanelles sont larges. La petite fontanelle est en avant et gauche.

De ces faits on conclut à l'existence d'une grossesse gémel- re, le fœtus qui était engagé se présentant par le sommet en I. G. A., le second devant au contraire se présenter par le ge, puisque la deuxième tête celle perçue par la palpation se uvait située vers le fond de l'utérus.

Le travail marche rapidement; les contractions sont éner- ques et fréquentes; aussi la dilatation est-elle complète à heures 30 et à 4 heures 15 ; le *premier enfant*, qui est du sexe ninin et qui pèse 1310 grammes, est expulsé spontanément O. I. G. A.

A ce moment le fond de l'utérus est encore à 10 centimètres -dessus de l'ombilic.

Par le toucher on trouve une nouvelle poche volumineuse, à travers les membranes on sent une tête qui se présente en I. D. P.

Pendant une contraction, les membranes sont rompues et un *cond fœtus* du sexe masculin pesant 1225 grammes (diamètre pariétal, 8 centimètres) est expulsé rapidement.

Cependant la matrice demeure encore volumineuse et dé- sse toujours l'ombilic. On découvre alors par le toucher xistence d'une troisième poche amniotique qui se rompt spon- tément. Deux pieds se présentent à la vulve et un *troisième fant* est extrait facilement. C'est un garçon pesant 1100 gr. iamètre bipariétal, 7 centimètres).

Nous avions donc trois enfants de sexe différent, deux gar- ns et une fille. C'est ce qui arrive le plus fréquemment. D'a- ès les statistiques de Veit, sur 1689 grossesses triples, on nstata 921 fois des sexes différents ; 501 fois 2 garçons et une le comme dans le cas présent, et 420 fois 2 filles et 1 garçon.

Quant aux présentations de chacun de ces fœtus, nous avions ux présentations du sommet et une du siège ; or, ce n'est pas qui arrive le plus fréquemment. Puech, sur les 60 cas dont rapporte les observations, n'a constaté que 7 fois des présen-

tations analogues à celles qui existaient ici, tandis que les accouchements dans lesquels les trois fœtus se présentent par le sommet sont relativement les plus nombreux, le fait ayant été relevé 17 fois.

Vingt minutes après on veut extraire le placenta qui se trouvait dans le vagin, mais on le trouve adhérent au deuxième placenta qui est unique pour les deux autres fœtus. La délivrance néanmoins se termine facilement et sans hémorrhagie. Cependant comme l'utérus a été très distendu par ce triple produit de conception, on fait, par précaution, une injection hypodermique d'ergotine.

La masse placentaire se compose de deux placentas reliés l'un à l'autre par un pont membraneux.

Chaque fœtus était contenu dans une loge spéciale et possédait un cordon ombilical indépendant ; mais le cordon de chacun des fœtus mâles se rendait au même placenta.

La fille, qui avait été expulsée la première, était contenue dans un sac membraneux indépendant et possédait un placenta spécial.

Il y avait donc trois loges, trois cordons et deux placentas.

Puech rapporte que sur 50 grossesses triples on a observé 15 fois l'existence de deux placentas, comme dans le cas que nous rapportons.

Il existait également deux placentas, trois loges et trois cordons dans un des accouchements trigémellaires dont M. Gross a relaté l'observation.

Il est difficile de dire si la femme E... S... est accouchée à terme. Sa dernière époque menstruelle date, il est vrai, de la fin de décembre, mais comme elle a continué à perdre encore un peu en janvier et en février, on ne peut préciser le point de départ de la grossesse ; seulement, les poids des fœtus (1,310, 1,225 et 1,100 grammes) sont si peu élevés, qu'il est probable que le travail s'est déclaré prématurément.

Les suites de couches ne présentent rien de particulier, cependant l'involution utérine fut assez lente à se produire.

La sécrétion laiteuse s'établit régulièrement, mais les enfants pureut teter ; on fut obligé de les élever à la cuiller.

Le troisième jour après l'accouchement, l'enfant qui s'était ésenté par le siège et qui avait été expulsé le dernier (poids 100 grammes), succombe malgré les soins dont il est enuré.

Le lendemain, le deuxième garçon meurt également (poids 236 grammes).

La fille, qui était née la première, prend le sein et boit assez cilement, mais, quelques jours après, elle ne tarde pas à s'inrer et succombe à son tour quinze jours après sa naissance.

Ainsi aucun des enfants ne survécut ; c'est malheureusement qui arrive bien souvent dans ces circonstances. Les mortes s'observent même, d'après Puech, dans la proportion de pour 100, et il a soin d'ajouter que la mortalité des trijueaux est très grande après l'accouchement et pendant la preière enfance. Dans les deux observations rapportées par . Gross, les six enfants succombèrent également peu après ur naissance.

On comprend sans peine les causes de cette léthalité considrable. La présence de plusieurs fœtus dans la cavité utérine permet plus à l'accommodation de se faire régulièrement. s fœtus se gênent mutuellement dans cet utérus qui, par sa me, n'est destiné à contenir qu'un seul produit de concepn ; il s'ensuit que dans ces cas les présentations irrégulières, cidentelles, celles qui résultent d'un vice d'accommodation, nt relativement très fréquentes. C'est en effet ce que démontre xpérience ; c'est dans les cas de grossesses multiples que les ésentations transversales sont les plus nombreuses. Sur accouchements triples rapportés par Dunal et Puech, 24 ents sur 180 se présentèrent par l'épaule. La fréquence de ces ésentations transversales dans les grossesses triples serait nc près de 13 pour 100, tandis qu'en général, d'après la statique de Pinard. basée sur 100,000 accouchements, la fréence ne serait que de 1 sur 125. Or, on sait quel est pour nfant le pronostic d'une pareille situation, et combien est

grand le nombre de ceux qui succombent pendant leur extraction. Cependant il faut reconnaître que, relativement, c'est le plus souvent le troisième fœtus qui se présente transversalement, sur 60 accouchements, les présentations de l'épaule ont été observées 12 fois pour le dernier enfant ; aussi, la version facilitée par le passage des deux premiers fœtus est-elle en général moins compliquée et par conséquent moins dangereuse qu'elle ne l'est habituellement.

Outre cette cause de mort résultant d'une présentation anormale, il en est une autre qui est la conséquence de l'expulsion prématurée de ces fœtus hors du sein maternel. L'utérus, si énormément distendu, se contracte avant le terme régulier de la grossesse, et l'accouchement a lieu le plus souvent, comme l'a fait déjà remarquer Puech, du septième au huitième mois de la gestation, plutôt avant qu'après cette époque, par conséquent à un moment où ces fœtus n'ont pas encore atteint le terme complet de leur viabilité.

Le pronostic des grossesses triples est moins sombre pour la mère, toutefois ce n'est pas impunément et sans produire des troubles sérieux du côté de la circulation que l'utérus est si considérablement distendu. Cet organe comprimant les vaisseaux situés derrière lui gêne considérablement la circulation de retour, d'où production d'œdème des membres inférieurs, des organes génitaux externes, etc., accidents si souvent mentionnés déjà dans les observations de grossesses gémellaires. L'éclampsie vient aussi quelquefois, comme dans les cas d'hydramnios, entraver la marche du travail ou compliquer les suites de couches (1).

Il en est de même des hémorrhagies utérines qui accompagnent ou suivent l'expulsion du délivre et qui se produisent si fréquemment lorsque le muscle utérin, en quelque sorte *forcé* par une distension exagérée, ne se rétracte que faiblement, se contracte mal et laisse par conséquent béants les ori-

(1) Finlay *Edinb. med Journal*, 1877, juli, p. 36, et *Centralbratt für Gynæk.*, 1878, n° 2.

s des sinus vasculaires du placenta maternel. Aussi, est-il iqué, lorsque la délivrance est terminée, de pratiquer dans s ces cas une injection sous-cutanée d'ergotine. Cette intertion prophylactique aura pour effet de soustraire la femme n des accidents les plus graves qui puisse être le résultat de listension si considérable de l'utérus.

Iais cette injection d'ergotine ne devra être faite qu'après la délivrance sera terminée ; on s'exposerait trop sans cela tre l'auteur de complications qui seraient la conséquence de lministration prématurée et intempestive de cet agent oxytoue.

Voici du reste quels sont les préceptes que M. Tarnier, dans 1 remarquable Traité d'accouchements (1), conseille de suivre ıdant l'expulsion du placenta dans les grossesses triples :

« Immédiatement après l'expulsion du premier et du second neau, il faut lier l'extrémité placentaire du cordon ombilical; te précaution a pour but de prévenir une hémorrhagie dan-euse pour le ou les enfants qui restent dans la cavité utée, au cas où il existerait des communications vasculaires re les différents placentas. Après le troisième accouchent, la délivrance est *partielle* lorsque le placenta ou les plaıtas ont été expulsés antérieurement ; *commune* lorsque les centas sont encore tous les trois dans la cavité utérine. Pour erminer leur expulsion, on procède comme dans la grosse gémellaire, c'est-à-dire qu'après avoir fait un peu d'expresn modérée on tire isolément sur chaque cordon au lieu de er sur les trois cordons réunis en masse, comme quelques coucheurs l'ont conseillé, à tort, selon nous. »

Le *rôle* de l'accoucheur dans les accouchements trigémelres est donc en réalité assez net et peut se résumer en deux nts : prudence et vigilance. Il devra surveiller la marche de parturition de façon à être prêt à agir, et cette intervention nsiste le plus souvent à régulariser la situation d'un des tus. Puis, la délivrance terminée, il devra renforcer la rétrac-

---

1) *Traité de l'art des accouchements*, par S. Tarnier et G. Chantreuil, p, 743.

tibilité et la contractilité du muscle utérin par l'injection sous la peau du véritable tonique de l'utérus, l'ergotine. Nous croyons que l'administration de ce médicament sous cette forme est préférable à celle par la voie stomacale, l'action de l'ergotine injectée sous la peau étant, ainsi que l'a démontré l'expérience, beaucoup plus rapide. Or, dans ces cas, ce qu'il faut c'est ne pas perdre des instants précieux dans l'attente de l'action du médicament ; ce qu'il faut surtout, c'est agir vite.

Mais si pendant l'accouchement l'intervention du médecin est nettement définie, il n'en est plus de même pendant la grossesse. On a vu en effet par ce qui précède que les présentations irrégulières étaient très fréquemment observées dans les grossesses triples ; d'autre part on sait qu'un des grands progrès de l'obstétricie moderne consiste à régulariser, grâce à la version par manœuvres externes, les présentations vicieuses. Malheureusement, la présence de plusieurs fœtus dans la cavité utérine, cause première de ces vices de situation, est par elle-même une contre-indication absolue à l'emploi de ce moyen de régularisation. La version par manœuvres externes ne peut être pratiquée quand l'utérus contient plusieurs fœtus. Une pareille intervention pendant la grossesse ne serait pas seulement inutile, elle serait nuisible.

Et, en effet, dit M. Pinard (1), « on comprend facilement qu'il serait téméraire et dangereux de vouloir, quand deux fœtus se présentent, l'un par l'épaule, l'autre par le siège ou tous les deux par le siège, chercher à déterminer un changement de présentation. Les pressions pourraient alors rompre les membranes quand les poches sont distinctes, ou produire des changements de rapports au niveau des annexes du fœtus et en particulier des cordons ombilicaux. » Aussi, ajoute l'auteur du Traité du palper abdominal « le point capital est-il de faire le diagnostic de la grossesse multiple, afin que, trouvant, je suppose, une tête en haut, on ne s'expose à vouloir, par des manœuvres réitérées, l'abaisser quand même, ne s'apercevant

(1) *Traité du palper abdominal*, p. 207.

; qu'un second fœtus empêche la mutation » ; à plus forte raiı quand il en existe un troisième.

Presque toujours l'existence d'une grossesse triple est méınue et le diagnostic ne se fait qu'après l'expulsion du ıxième enfant, alors que l'on est étonné de trouver que l'orıe gestateur contient *encore* un troisième produit de concepn.

Cette absence de diagnostic résulte aussi de ce que les femmes, ıs ces cas, accouchant ordinairement avant terme, n'appellent secours de l'art que quand elles sont surprises par le trail, alors que le temps propice au diagnostic est passé. Ceıdant, exceptionnellement, le médecin pourra être appelé ez tôt pour pouvoir, par une exploration méthodique et miıieuse de la paroi abdominale, reconnaître l'existence d'une ssesse triple. M. Pinard est le premier qui ait eu la bonne tune de pouvoir, grâce au palper, rendre en quelque sorte érus *transparent* et diagnostiquer la présence de trois têtes ıne façon assez nette pour pouvoir annoncer la naissance de ıs enfants. La grossesse, dans ce cas, datait à ce moment de mois environ, et quelques semaines plus tard, en raison de ension et de l'œdème de la paroi abdominale, la palpation it devenue extrêmement difficile. L'auscultation répétée un nd nombre de fois ne révéla jamais qu'un maximum à ıche et en bas et un autre en haut et à droite. Le troisième er distinct et non isochrone qui aurait, en dehors du palper, mis à M. Pinard de reconnaître l'existence d'une grossesse le n'a jamais pu être découvert.

C'est du reste ce que nous avons observé, et c'est ce qui se se le plus habituellement ; l'auscultation permet bien de renaître deux *maxima* distincts, mais le troisième fait défaut. st également ce qui a été rapporté dans une observation de ssesse triple publiée par Frank C. Wilson (1), dans laquelle teur, trois jours avant l'accouchement, aurait fait, par le per, le diagnostic du nombre, de la présentation et de la po-

; *Med. Herald.*, janvier 1880, et *Centralblatt für Gynæcologie*, p. 266, 1880.

sition des fœtus, alors que l'auscultation ne lui avait permis de découvrir que deux centres de battements fœtaux. Toutefois, ces renseignements fournis par l'auscultation ne furent pas complètement perdus pour l'accoucheur qui pensa pouvoir, en se basant sur le nombre de ces battements fœtaux, diagnostiquer la nature du sexe pour deux de ces fœtus. Le hasard ayant dans cette circonstance confirmé le diagnostic du sexe des fœtus, l'auteur put annoncer la naissance de trois fœtus dont la présentation, la position et le sexe avaient été préalablement reconnus.

Il serait difficile de faire un diagnostic plus complet et plus précis !

Paris. – Typ A. PARENT, A. DAVY, succr, rue Mr-le-Prince, 31.